

Hypnose som behandling for barn

- magi eller medisin?

Av
Maren Gjerdåker
Lars Wabø

Prosjektoppgave ved grunnstudiet i medisin

Veileder: Trond H. Diseth



Institutt for psykiatri
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

2009

Abstract

We wanted to consider the effect of hypnotherapy in paediatric and child psychiatric disorders. Earlier metaanalysis and overviews have demonstrated the usefulness of this intervention in a broad spectrum of conditions among children, ranging from acute and chronic pain, asthma, cystic fibrosis, eczema, irritable bowel syndrome, enuresis, blushing, school fobia, trichotillomania, conversion disorders and sleep disorders. A review of a literature search from PubMed resulted in 16 publications consisting of randomized controlled trials, case-studies, retrospective chart reviews and phase 1 studies. These publications represent a broad array of conditions where hypnotherapy have been used. Seen together, these 16 publications are of notably better quality than the publications earlier comparable overviews have based their findings on. The results are unambiguous; hypnotherapy seems to be an efficacious treatment modality, addressing a multitude of conditions among children. The evidence of hypnotherapy as analgesic is especially good. Knowledge about - and skills in - hypnotherapy can be a usefool tool for all doctors working with children. At least one lecture about hypnosis and hypnotherapy should be introduced in the medicine study in Norway. More quantitative studies on hypnotherapy for children are needed. In addition, there is a pronounced need for researchers to start replicating each others studies.

Innholdsfortegnelse

	Abstract	s. 2
	Innholdsfortegnelse	s. 3
1.	Innledning	s. 5
1.1	Målsetting	s. 5
1.2	Definisjoner	s. 5
1.3	Hypnosens bakgrunn	s. 6
1.4	Myter om hypnose	s. 7
1.5	Hypnose og nevrobiologiske korrelater	s. 7
1.6	Klinisk anvendelse	s. 8
1.7	Hypnotiserbarhet	s. 9
2	Metode	s. 10
2.1	Sortering av studier	s. 10
2.2	Krav til studiene	s. 11
3	Resultater	s. 11
3.1	Gruppe A) Hypnoterapi for smertetilstander	s. 11
3.1.1	Hypnoterapi for smertefulle prosedyrer	s. 11
3.1.2	Hypnoterapi for kroniske smertetilstander	s. 12
3.2	Gruppe B) HT for psykosomatiske tilstander	s. 13
3.3	Gruppe C) HT for psykiatriske tilstander	s. 14
4	Diskusjon	s. 14
4.1	Hovedresultater	s. 14
4.2	Innvendinger til egen metode	s. 15
4.3	Innvendinger til hovedresultatene	s. 15
4.4	Våre funn sammenlignet med andres funn	s. 16
4.5	Det randomiserte kontrollerte forsøk og HT	s. 17
4.6	Hypnoterapi – biopsykososial modell i praksis?	s. 19
4.7	Hypnoterapiens potensiale	s. 20
4.8	Hvorfor brukes ikke HT mer i medisinen?	s. 21

5	Konklusjon	s. 22
6	Kildeliste	s. 23
7	Tabeller	
	Tabell 1: HT, typisk hypnoterapeutisk framgangsmåte	s. 26
	Tabell 2: HT, hvorfor barn responderer bedre enn voksne	s. 27
	Tabell 3: HT som smertelindring del 1	s. 28
	HT som smertelindring del 2	s. 29
	HT som smertelindring del 3	s. 30
	Tabell 4: HT ved psykosomatiske tilstander del 1	s. 31
	HT ved psykosomatiske tilstander del 2	s. 32
	Tabell 5: HT ved barnepsykiatriske tilstander	s. 33

1 Innledning

Som medisinstudenter har vi siden 1.semester blitt opplært i en biopsykososial forståelse av menneske og medisin. Dette er en holdning som fordrer at vi som behandlere evner å se hele pasienten, at vi behandler mennesket, ikke diagnosen. Vår erfaring etter nesten endt studium er at dette ikke alltid er like enkelt.

Industrialiseringen av helsevesenet med krav om effektivisering, høy produksjon, kostnadseffektive metoder, samt få liggedøgn strider med intensjonen om å ta vare på mennesket. For å oppnå økt kunnskap om komorbide tilstander, kanskje særlig innen psykiatri, kreves behandlere som ser utover symptomene og diagnostiske kriterier. Videre trengs det behandlingsmetoder som favner bredere. Dette er særlig tiltrengt i de pediatrike fagene og innenfor barne- og ungdomspsykiatri. Vi har fått inntrykk av at hypnoterapi er en behandlingsform der flere av pasientens behov og problemer blir satt i fokus og ivaretatt. En form for intervensjon som bevarer både psyke og soma, uten bivirkninger.

1.1 Målsetting

Formålet med oppgaven er å presentere en forståelse av hva den hypnotiske tilstanden er og for hvilke tilstander hypnose kan anvendes klinisk innen pediatri og barnepsykiatri. Vi vil finne ut om det er gjort pålitelig forskning på området de siste ti årene og med bakgrunn i resultatene forsøke å diskutere hvilken plass hypnoterapi bør kunne ha i Helse-Norge.

1.2 Definisjoner

Hypnose (gresk ”søvn”) er en mental tilstand, defineres oftest som endret form for bevissthet, med sterk konsentrasjon, fokusert oppmerksomhet og skjerpet hukommelse- dermed økt suggestibilitet og mottagelighet for terapeutisk intervensjon (Diseth & Vandvik, 2007).

Hypnoterapi: er en behandlingsmodalitet med spesifikke terapeutiske mål og spesifikke teknikker som brukes når pasienten er i hypnose.

Hypnoterapi forkortes til HT heretter, selvhypnose forkortes til sHT . (Vi vil ikke problematisere forskjellen i de to intervensjonene.)

Barn omfatter: Mennesker i aldersgruppa 0-18 år.

1.3 Hypnosens bakgrunn

Hypnosens vitenskapelige historie begynte i 1784 med Franz Anton Mesmer. Han fant at suggesjoner i ulike former kunne brukes til å indusere en tilstand som lignet søvn, og at man i denne tilstanden kunne gi terapeutiske suggesjoner som lindret og kurerde. Mesmer ble aldri anerkjent for sin virksomhet, men hans oppdagelse og bruk av hypnose har vært med å danne grunnlaget for klinisk anvendelse av hypnose.

Etter første verdenskrig våknet på nytt interessen for hypnose. Tyskerne hadde gått tomt for kjemisk anestesi og ble tvunget til å ta i bruk nye (eller gamle) alternativer. Hypnose ble derfor brukt som en anestetisk behandlingsform, og etterhvert også som angstreduserende og beroligende teknikk for personer som var plaget med "granatskjokk" (Macalister, 2003).

Den systematiske hypnoseforskningen begynte i 1930-årene og Stanford University i USA har historisk sett vært et sentrum for slik forskning. Her ble f.eks. de mest brukte skalaer for vurdering av hypnotiserbarhet utviklet (Kroger, 2008).

Milton Erickson er sentral person i utviklingen av den moderne hypnosens. Han mente at den hypnotiske tilstanden er en mental tilstand vi går inn i spontant og hyppig, uten egentlig å være klar over det og brukte dagdrømming som eksempel på dette. Han vektla en dynamisk interaksjon mellom pasient og terapeut som motvekt til den klassiske autoritære og direkte måten å oppnå hypnose på. Han refererer ikke bare til prosessen inni et menneske, men til den prosessen som skjer mellom to mennesker (Gravesen, 2004). I tabell 1 har vi tatt med ett eksempel på terapeutisk framgangsmåte og arven fra Erickson kommer fram i de interaksjonelle elementene.

1.4 Myter om hypnose

De fleste av oss har en idé om hva hypnose og hypnoterapi er. Et økende antall leger og psykologer viser interesse for hypnoterapi, men enda er det de færreste som vet noe om hva det kan anvendes til, hvordan hypnose utføres og effekten av terapien. Tvert i mot er det mange feiloppfatninger og myter om hypnose og hypnoterapi. Vanlige oppfatninger blant folk flest er at den hypnotiserte personen er som en robot, at det å være hypnotisert er som å sove, at hypnotiserbare personer er svake og viljeløse, at den hypnotiserte personen kan ledes til å gjøre ting den ellers ikke ville gjort, at hypnose kun er skuespill eller innbilning (Nash & Barnier, 2008).

1.5 Hypnose og nevrobiologiske korrelater

Det er etterhvert gjort mange forsøk på å utlede hva som kjennetegner den hypnotiske tilstanden. Metoder som EEG, fMRI og PET har vært brukt for beskrive den hypnotiske tilstanden. Man har ved hjelp av disse metodene vist at den hypnotiske tilstanden har nevrobiologiske korrelater som gjør at vi kan skille hypnose fra placebo. Et studium utført av Derbyshire og kolleger i 2004 sammenliknet hjerneaktivitet under tre ulike forhold ved hjelp av fMRI: (Nash & Barnier, 2008).

- 1) Påført smerte (v.h.a en varmeplate mot hånden).
- 2) Smerte påført som suggesjon i hypnose.
- 3) Imaginert /forestilt smerte.

Hjerneområder som vanligvis er involvert i smertemodulering (thalamus, fremre deler av gyrus cinguli, insula, prefrontal cortex og parietal cortex) ble aktivert både under forhold 1) og 2). Dette ble ikke sett i tilnærmet samme grad under forhold 3. I tillegg til å vise at den hypnotiske tilstanden er mer enn kun innbilning gir eksperimentet interessant innblikk i noe av smertens natur. Forsøket var den første eksperimentelle demonstrasjonen av smerte som var funksjonell i sitt opphav (Nash & Barnier, 2008). I følge forfatterne støtter resultatene fra forsøket en hypotese om at en del ”medisinsk uforklarlige smerter” (som f.eks kroniske rygg smerter og fibromyalgi) ikke er ”imaginære eller forestilte”, men skyldes aktivisering av de samme hjerneområdene som medierer fysisk påført smerte (Nash & Barnier, 2008).

1.6 Klinisk anvendelse

I Norge bestemmer Straffelovens paragraf 364 at det kun er leger og psykologer som har tillatelse til å utføre hypnose. Paragrafen er sovende og hypnose utføres også av andre. Hypnoterapi utgjør dermed en del av ”den alternative medisinen”. I tillegg er paragrafen foreslått fjernet. Norsk Forening for Klinisk og Eksperimentell Hypnose organiserer de leger og psykologer som praktiserer hypnose. Foreningen arrangerer kurs og videreutdanning innen feltet.

HT har gjennom tidene blitt anvendt på en rekke ulike lidelser. Litteraturen beskriver at HT har hatt god effekt på alt fra smertetilstander, både akutt og kronisk smerte, til angst, psykosomatikk, PTSD, allergi, astma, spesifikk angst og fobier, fedme, røykeslutt, alkoholmisbruk, insomni, rødme, hypertensjon, hukommelsesbesvær, fødselssmerter, hodepine og disassosiasjonslidelser (Kroger, 2008).

Men det fins også tilstander der HT er uegnet. Erfaring viser at HT ikke bør velges som behandlingsmodalitet ved alvorlige psykiatriske tilstander som ved spiseforstyrrelser, psykose- og eller tidligere psykose, bipolar lidelse, borderline personlighetsforstyrrelse, eller hos suicidale. Det samme gjelder for mennesker med tvangstanker- og handlinger, kroniske vrangforestillinger og forstyrret virkelighetsoppfatning, i tillegg til mennesker som er i en akutt krise eller som nylig har vært utsatt for alvorlige opplevelser (Gravesen, 2004).

Andre fremhever at det HT er kontraindisert ved risiko for forverring av emosjonelle problemer, ”hypnose for moro skyld”, ønske om hypnoterapi basert på feildiagnostikk. Det er også noen relative kontraindikasjoner for hypnoterapi som upassende tidspunkt på henvisning, f.eks manglende somatisk utredning, ved behov for øyeblikkelig medisinsk eller kirurgisk behandling, eller når symptomet gir barnet tydelig sekundær gevinst. Som en regel bør man ikke forsøke å behandle et problem med hypnoterapi med mindre man har kompetanse til å vurdere problemet og henvise til andre mer passende behandlingsmåter om nødvendig. F.eks kan hypnoterapi brukt av en terapeut som mangler nødvendig kunnskap om behandling av traumer, kan være

potensielt skadelig for pasienten (Huynh, Vandvik og Diseth, 2008).

1.7 Hypnotiserbarhet

Hvorvidt alle har evne til å gå i hypnose har vært gjort til gjenstand for diskusjon. Det er hevdet at individuelle forskjeller i mottakelighet for hypnose kan ha innvirkning på dens effekt. Vurdering av pasientens grad av hypnotiserbarhet er derfor blitt viktig. Noen vurderer det slik at 10 % av befolkningen har en veldig god evne til å gå i hypnose, 80% har god evne og 10% ikke er mottakelige for hypnose (Gravesen, 2004).

Det finnes ulike skalaer som måle hypnotisk kapasitet, måleskalaene bygger på evnen til forestilling og til å akseptere suggesjoner. De mest kjente er Stanford, Stanford profile, Stanford Susceptibility scales form A,B,C, Harvard Group Scale, Childrens hypnotic susceptibility scale, Creative Imagination Scale (Kroger, 2008).

Personlige egenskaper kan være med på å avgjøre graden av hypnotiserbarhet. Det fremheves at mennesker som er tillitsfulle, hjelpsomme, oppmerksomme, vennlige og imøtekommende, oftere har god hypnotisk kapasitet (Gravesen, 2004). Trolig vil også egenskaper ved behandleren kan også spille inn, i tillegg til faktorer som kan tilskrives behandler/pasient-samspeillet.

Enkelte hevder altså at det er en signifikant sammenheng mellom hypnotiserbarhet og behandlingseffekt, og det blir påpekt at denne sammenhengen virker som indirekte bevis for at effekten av hypnose ikke beror på ikke-hypnotiske elementer i behandlingen (som f. eks avslappingen) (Nash & Barnier, 2008). Andre gir holdepunkt for det motsatte; at graden av hypnotiserbarhet ikke ser ut til å ha noe å si for effekten av behandlingen (Huynh et al, 2008; Lynn & Schindler, 2002). Andre hevder igjen at det ikke er snakk om å være hypnotiserbar eller ikke, men at det avgjørende er om pasienten er motivert for å gå i hypnose (samtale med Diseth, 2009).

Våre kilder fremhever at barn er lettere å hypnotisere enn voksne og at HT som metode passer godt til barns evne til forestilling, evne til å forbinde fantasi og virkelighet og deres tilstedeværelse i øyeblikket (Nash & Barnier, 2008; Huynh et al, 2008). Tabell 2 illustrerer hvordan hypnoterapi passer godt som behandling for barn.

2 Metode

Et litteratursøk ble 28.08.09 utført i Pub Med med søkeordene “hypnosis or hypnotherapy” (11.513 refs), kombinert med (and) ”children” (1211 refs) med begrensningene “humans”, “0-18 years of age”, ”english” og utgitt i løpet de siste 10 år. Resultatet var 264 publikasjoner. Ved gjennomgang av samtlige 264 sammendrag fant vi det hensiktsmessig med ytterligere eksklusjonskriterier. Studier der hypnose ikke var nevnt i tittel eller sammendrag, studier som omhandlet færre enn tre pasienter, inkluderte pasienter over 18 år eller manglet sammendrag ble ekskludert. Vi satt til slutt igjen med 16 artikler. Disse studiene danner grunnlaget for vår analyse.

2.1 Sortering av studier

Vi sorterte deretter inn artiklene etter følgende tre forhåndsvalgte terapeutiske hovedområder:

A) Smertetilstander: både ved akutt smerte ved ulykker, operasjoner og smertefulle behandlingsprosedyrer og ved kronisk smerte f.eks kreft og funksjonelle magesmerter.

B) Psykosomatiske plager: astma, dyspnoe, hoste, migrene, hodepine, søvnforstyrrelser, kvalme/oppkast og fysiologiske reaksjoner som rødming og svetting.

C) Psykoterapi: ønske om økte prestasjoner på skole, medisinsk behandling (”compliance”, f.eks), behandling av uvaner som tommelsuging og neglebiting, enuresis, enkoprese, behandling av ulike angsttilstander, fobi, tics, Tourettes og dissosiative lidelser hvor man ønsker å avdekke og bearbeide traumatisk materiale.

2.2 Krav til studiene

Ved gjennomlesning av artiklene fant vi det hensiktsmessig å bruke noen kriterier som vi satt artiklene opp mot, for å få en forestilling om til de ulike artiklenes kvalitet, og for å få en ide om man kunne stole på resultatene.

Vi har vurdert artiklene ut fra følgende kriterier:

- Studiet bør ha kontrollgrupper med placebo, ingen behandling eller standard medisinsk behandling (SMB).
- Pasientene bør plasseres tilfeldig i gruppene.
- Studiestørrelsen bør være slik at det er 25 – 30 deltakere per gruppe.
- Studiet bør inkludere en manualisering av-, eller i det minste en beskrivelse av intervensjonen for å muliggjøre replikasjon, etterprøving av studiet og øke sannsynlighet for generaliserbarhet og klinisk overførbarhet.
- Studiet bør benytte reliable og valide scoringsmetoder og som minimum kombinere subjektive og objektive effektmål.
- Studiet bør foreta oppfølgingskontroller, helst på flere tidspunkter.

Disse kravene er blant annet basert på Chambless og kollegers kriterier til god forskning på psykoterapeutiske intervensjoner (Chambless og Hollon, 1998).

3 Resultater

3.1 Gruppe A) Hypnoterapi for smertetilstander

3.1.1 Hypnoterapi for smertefulle prosedyrer

4 av 6 studier dreier seg om HT relatert til smertefulle inngrep: to om lumbalpunksjon (Liossi og Hatira, 2003) og (Liossi, Hatira og White, 2006), ett om reposisjon av brudd (Iserson, 1999) og ett om miksjonscysturografi (Butler, Symons, Henderson, Shortliffe og Spiegel, 2005).

Studiet om HT som smertelindring under reposisjon av brudd er et case – studium med fire deltagere. Resultatet forteller at barna ikke kunne huske å ha opplevd smerte under reposisjon av bruddskaden. HT –metoden er manualisert og studiet kombinerer observasjon utført av medisinsk personell under inngrep med intervju av pasienten postoperativt.

De andre 3 studiene er randomiserte kontrollerte forsøk (forkortes RCT heretter) og kombinerer subjektiv og objektiv scoringsmetode. Sammenlignet med SMB og placebo viser alle tre redusert smerte og angstnivå før- og under det smertefulle inngrepet. Ingen av studiene oppfyller fullt ut kravet om antall deltakere. De tre studiene har alle manualisert HT – intervensjonen.

Studiene for akutte, smertefulle prosedyrer gjør naturlig nok ikke follow – up.

3.1.2 Hypnoterapi for kroniske smertetilstander

De to siste av A-gruppens seks studier dreier seg om kroniske smertetilstander, ett studium om funksjonelle magesmerter (Vlieger, Menke-Frankenhuis, Wolfkam, Tromp og Benninger, 2001) og ett om kronisk pediatrik smerte (Zoltzer, Tsao, Stelling, Levy og Waterhaus, 2004).

Studiet til Vlieger og kolleger er et RCT som sammenligner HT mot SMB for behandling for funksjonelle magesmerter med 27 og 25 deltakere i gruppene. Resultatet viser at HT gir økt grad av symptomremisjon sammenlignet med SMB også ved 6 og 12 måneders oppfølging. Studiet har manualisert HT- intervensjonen og bruker kun subjektiv rapportering.

Studiet til Zoltzer og kolleger er ”forstudium – fase 1” om HT + akupunktur mot kroniske barnesmerter. Det skiller ikke mellom HT og akupunktur i intervensjonen. Resultatene viser at HT + akupunktur har god smertestillende effekt, ved at både barn og foreldre forteller om en reduksjon i smertenivå, samt økt funksjonsnivå. Hovedproblemene er at studiet ikke har kontrollgruppe og med vårt fokus, at det er

vanskelig å se hva det er av HT og akupunktur som er virksomt.

For ytterlige detaljer, se tabell 3.

3.2 Gruppe B) Hypnoterapi for psykosomatiske tilstander

De 6 studiene utgjør et bredt spekter av psykosomatiske tilstander der HT/sHT har vært brukt som terapi. Alle studiene har resultater som viser at hypnose virker.

Et studie dreier seg om HT ved dyspné (Anbar, 2001): 81 % helbredet innen en måned. Et annet studie tar for seg HT ved "habit cough" (Anbar og Hall, 2004): 90% kvitt hosten etter en måned. Et tredje studie handler om HT ved hodepine (Anbar og Zoughbi, 2008): 56 % fikk redusert frekvens av hodepineanfall, 66 % redusert smerteintensitet ved hodepineanfall. Et tar for seg HT utført på en rekke tilstander ved et pediatrik lugesenter (Anbar og Geisler, 2005): 95% bedring eller helbedring. Enda et studie tar for seg HT utført for en rekke tilstander ved et pediatrik lugesenter (Anbar og Hummel, 2005): 82% bedring eller helbedring. Og det siste studiet i denne gruppa omhandler HT ved innsovningsvansker (Anbar og Slothower, 2006): 90% har reduksjon av innsovningstid.

Alle de seks studiene er retrospektive journalgjennomganger. Én forfatter deltar i alle seks studiene. Ingen av studiene har kontrollgruppe og bruker kun subjektiv scoringsmetode, som regel ikke standardisert. De har varierende og usystematisk grad av oppfølgingskontroller. I 4 av studiene brukes HT som behandling for én tilstand. I to av studiene brukes HT som behandling for 8 ulike tilstander, mens resultatene presenteres under ett. (Anbar et al., 2005, og Anbar et al., 2006) Manualisering av måten HT gjøres forekommer i varierende, men liten grad. For ytterlige detaljer, se tabell 4.

3.3 Gruppe C) HT for barnepsykiatriske tilstander

To av fire studier er casestudier om HT ved trikotillomani (Cohen, Barzilai og Labat, 1999) og (Zalsman, Hermes og Sever, 2001). Alle deltagerne i de to studiene ble helbredet for sin trikotillomani. Begge studiene har tre deltakere, uten kontrollgrupper. Begge kombinerer subjektiv rapportering med observasjon av hårvekst og har oppfølgingskontroller. I begge studiene er HT – metoden manualisert.

Et av studiene er et randomisert kontrollert forsøk (forkortes til RCT heretter) om HT som premedikasjon. (Calipel, Lucas-Polomeni, 2008) HT gir lavere angstadferd både pre- og postoperativt, sammenlignet med SMB. Studiet oppfyller som et av få kravet om 25 – 30 i hver gruppe, med 50 deltakere fordelt på to grupper. Studiet kombinerer subjektiv og objektiv scoringsmetode, men har ikke manualisert HT metode. Oppfølgingskontroller skjer etter 1., 7. og 14. dag postoperativt.

Et annet studie er et RCT om HT for økt “compliance” ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr. (Trakyalı, Sayınsu, Muezzinoglu og Arun, 2008) Resultatet viser økt bruk av utstyr hos HT – gruppe, sammenlignet med de som fikk motivasjonssamtale ($P < 0.05$). Studiet viser også redusert feilrapportering av bruksmengde hos HT – gruppe sammenlignet med kontrollgruppen. Studiet har 30 deltakere fordelt på to grupper. Det kombinerer subjektiv rapportering med objektiv måling av brukstid. HT- metoden er ikke manualisert. Oppfølgingskontroller en gang i måneden i seks måneder. For ytterlige detaljer, se tabell 5.

4 Diskusjon

4.1 Hovedresultater

Vi vil i det følgende avsnittet diskutere sentrale funn fra vår analyse. Som en oppsummering, viser alle studiene at hypnoterapi for barn og unge har effekt. Studiene er av varierende kvalitet. Barn synes å være en egnet gruppe for HT. HT brukes klinisk på et bredt spektrum av lidelser. Studiene utgjøres av RCT, case-studier, retrospektive journalgjennomganger og et fase- 1 forstudium. I metodedelen

presenterte vi noen kvalitetskriterier som vi har stilt studiene opp mot. 6 av 16 studier er RCT. Ingen av disse 6 studiene tilfredsstiller alle kriteriene, men ligger tett opptil. 3 av studiene er case-studier med 3 til 4 deltakere. De er alle manualiserte, og har subjektive og objektive mål. De 6 studiene som er retrospektive, mangler kontrollgruppe og tilfredsstiller få av våre kriterier.

4.2 Innvendinger til egen metode

En svakhet ved vårt studium er at vi har endt opp med et bredt spektrum av lidelser. Vi har sett på både pediatriske og barnepsykiatriske tilstander. Kanskje hadde vi fått sikrere og mer sammenlignbare data om vi hadde utvida tidsperspektivet fra ti år og innskrenket studiet til f.eks kun å omhandle HT som analgesi. Men valget har vært bevisst, vi ønsket å få et inntrykk av behandlingsspekterets bredde de siste ti årene. En annen svakhet er at vi har ikke foretatt noen statistisk metaanalyse av våre data. Vi har kun foretatt en kvalitativ vurdering av studiekvaliteten. Videre er kravene vi har rettet til artiklene strenge, og først og fremst vært innrettet på forsøk av typen RCT. Vi har ikke på samme måte listet opp kriterier som bør stilles til f.eks casestudiene, men har forsøkt å legge Diane Chambless og kollegers kriterier til slike studier til grunn i vurderingen (Chambless et al. 1998). Man kan også kritisere sorteringen av artikler i gruppene. Skal for eksempel et studie som måler smerte, stressbelastning og angstadsferd sortere under smerte eller under psykoterapi? Og skal funksjonelle magesmerter sortere under psykosomatikk eller smertetilstand? Dette kan helt klart diskuteres. Videre har vi ikke problematisert eventuell relevanse av aldersforskjeller, f.eks i forhold til hypnotiserbarhet.

4.3 Innvendinger til hovedresultatene

Det er påfallende at alle studiene viser at hypnoterapi har god effekt, at ingen har negative erfaringer med HT. Og det er naturlig å spørre seg hvorfor funnene er så ensartede. Kan det at 10 av 16 studier ikke har kontrollgrupper og ikke tilfredsstiller krav om gode nok studiedesign påvirke resultatene? Man vil kanskje kunne tenke at studier som ikke lever opp til kriterier for tilfredsstillende forskningskvalitet vil ha flere ”bias” enn godt utførte studier? Er det noe vi mister av bivirkninger eller

negative effekter av HT? Underrapporteres det når HT ikke har effekt, eller mindre effekt? Ofte er det eksperter innen fagfeltet som utfører HT. Men er det tilsvarende kompetansenivå innenfor kontrollgruppene med SMB? Hvorfor har ingen av studiene fortalt om eller har målt negative effekter av behandlingen?

4.4 Våre funn sammenlignet med andres funn

De overnevnte innvendingene er alle relevante, men etter gjennomgang av referanselitteratur konstaterer vi at vi er ikke alene om våre funn. I samtlige oversiktsartikler og litteratur vi har lest om barn og HT er resultatene like positive. Vi finner også at andre forfattere problematiserer varierende kvalitet på studier, men at de like fullt konkluderer med at HT er en god behandlingsmetode.

Alle studiene i gruppe B, om psykosomatikk og flere av studiene i de andre to gruppene er av varierende kvalitet. Case-studiene i vårt artikkelgrunnlag lever ikke fullt ut opp til etablerte kvalitetskriterier til slike studiedesign. Det positive med disse artiklene er de byr på interessante narrativer som gir et godt innblikk i hvordan en hypnoterapeutisk time foregår. På den måten bidrar casestudiene med interessant informasjon om flere aspekter ved HT som forsvinner i et RCT.

Ran D. Anbars artikler som utgjør gruppe B, er kvalitetsmessig svært mangelfulle. Selv om man må anta at forfatteren trolig har en omfattende erfaringsbasert kunnskap om at HT er effektivt mot et stort spektrum av tilstander, gjør studiekvaliteten at man ikke uten videre kan stole på resultatene. Skal man si noe positivt om dem, illustrerer de det brede spekteret av tilstander der HT potensielt kan være effektivt, noe som for så vidt passer godt til vår delmålsetting om undersøke bredden på hypnoterapiens virkeområde.

Vi er altså usikre på hva slags informasjon alle disse artiklene genererer. Derfor er det interessant at andre oversiktsartikler og annen referanselitteratur om hypnose for barn i stor grad bygger sine analyser på studier av slik kvalitet. I kapittelet om barn og hypnose i “Oxford Handbook of Hypnosis” av Nash og Barnier, samt Huynh et al sin artikkel “Hypnotherapy in Child Psychiatry: The State of the

Art” utgjøres referansegrunnlaget i stor grad av slike case-studier. Anbar er hyppig referert.

Sammenlignet med sammenlignbar referanselitteratur har vi i vårt søk gjort overraskende solide funn. Funn som er godt dokumentert. Innenfor gruppe A, om HT som behandling for smertefulle tilstander finner vi flere RCT enn innenfor andre behandlingsområder og vi vil påstå at HT brukt som smertebehandling er evidensbasert. I en gjennomgang av empirisk evidens for HT konkluderes det i tråd med dette at smertelindring er det av områdene der evidensen for HT er sterkest (Nash & Barnier, 2008). Andre forfattere i samme bok konkluderer med at “nok kontrollerte studier er blitt utført til at man kan konkludere med at hypnose er effektivt for et stort antall akutte og kroniske smertetilstander.” (Nash & Barnier, 2008). Videre hevdes det at “hypnose bør tilbys alle pasienter med smerte, som er interessert i det, og at hypnose burde vært bedre integrert i standard smertebehandling enn det er i dag” (Nash & Barnier, 2008). Andre forfattere enes om at HT som smertelindring er et av områdene der evidensen er sterkest (Olness og Kohen 1996; Gravesen, 2004).

I gjennomgang av artikkelgrunnlaget og referanselitteraturen har vi ikke funnet ett studium eller referanse som viser at HT gir dårligere resultater enn behandlingen HT er sammenlignet med. At resultatene peker så entydig i én retning styrker hypotesen om at HT er effektiv behandling (Chambless et al. 1998).

4.5 Det randomiserte kontrollerte forsøk og hypnoterapi

På det medisinske området har evidensbasert medisin (EBM) på bare noen få tiår blitt en offisielt påbudt ideologi. Ved spørsmål om effekt av behandling er det RCT som er gullstandarden. EBM har mange kjente og udiskutable fordeler. Kriteriene vi har stilt artiklene overfor er i overenstemmelse med en slik ideologi. Man søker mere pålitelige svar ved å kontrollere “bias”, ved å ha med mange nok deltakere, og ved å manualisere skjema man bruker osv. Forskinga blir dermed gjort mere objektiv.

Vi ble positivt overrasket og fant flere randomiserte kontrollerte studier enn forventet. Men man bør ha to tanker i hodet på en gang: RCT gir gyldige svar på spørsmål om effekt. Samtidig fanger RCT verken virkeligheten eller omfanget av den faktiske kliniske praksis. En vitenskapelig metode som RCT dreier seg blant annet om å avgrense spørsmål og problemstillinger og utelukke faktorer og forhold som er vanskelige å beregne. HT har flere faktorer ved seg som er vanskelig å måle. Forsøk på å tilpasse HT til et RCT design setter dermed mye av det vesentlige i behandlingsmetoden i fare. Valg av induksjonsmåte illustrerer dette.

Når en pasient skal hypnotiseres bruker terapeuten induksjoner for å oppnå hypnotisk tilstand hos den hypnotiserte. Det er i hovedsak to metoder å utføre denne induksjonen på, direkte - og indirekte induksjonsmetoder. De direkte består av autoritære, verbale og altså konkrete forslag om å fremkalle spesifikke følelser eller om å utføre spesifikke handlinger. De indirekte induksjonsmetodene derimot, tilpasses mer til hvert enkelt individ. Terapeuten og pasienten utvikler i fellesskap den individuelle innfallsvinkelen til induksjonen av hypnose (Macallister, 2003).

Fordelen med en direkte metode er at den er enklere å standardisere, manualisere og replikere. Direkte induksjonsmetode er dermed egnet til forskning. Ulempen er at en ren direkte induksjonsmetode i forskningsøyemed vil kunne produsere resultater som i verste fall ikke lar seg omsette i en klinisk hverdag, resultatene er ikke umiddelbart generaliserbare.

En indirekte induksjonsmetode vil være vanskeligere å standardisere og vil i forskningssammenheng åpne for individuell forskjellsbehandling og dermed svekke kvaliteten på studiet ved å så tvil om hva det er som virker. Leser man tabell 2 står det tydelig mellom linjene at HT forutsetter terapeutens innlevelse, åpenhet og fantasi; faktorer som vanskelig lar seg standardisere og kompliserer årsaks-virkningsforholdet.

I klinisk praksis brukes ofte en kombinasjon av direkte og indirekte induksjonsmetoder. (Se tabell 1). Vårt resonnement viser at RCT som design i studier av HT muligens ikke strekker til fordi resultatene som genereres ikke umiddelbart er generaliserbare, samtidig som man risikerer at mye av det som er virksomt i terapien skjæres vekk. Behandlingsformer som ikke lar seg forenkle og standardisere inn i et

RCT risikerer å bli stemplet som alternative, overflødige, useriøse og uten effekt.

4.6 Hypnoterapi – biopsykososial modell i praksis?

Som vist i tabell 2 har barn et vesen og tilnærming til virkeligheten som gjør dem godt mottakelige for hypnose. Vi har sett at barn i samtlige av de artiklene vi har lest, har vært mottagelige for hypnose og at de har hatt bedre nytte av behandling med HT enn standardbehandling, der de to har blitt satt opp mot hverandre. Vi har også funnet at barn som har prøvd flere behandlingsmetoder uten resultat, har vist bedring etter behandling med HT. Vi har sett at HT viser effekt ved komplekse tilstander som f.eks funksjonelle magesmerter.

Legevitenskapens organbaserte oppbygging gjør at det eksisterer et skille mellom psyke og soma. Kanskje bidrar også konstruksjonen av dagens helsevesen, med spesialiteter og subspecialiteter, og spisskompetanse innenfor mindre og mindre felt til at en slik uhensiktsmessig oppdeling opprettholdes. Det er lett å miste mennesket og helheten av syne og man behandler gjerne én tilstand av gangen. Hos barn vil dette skillet mellom kropp og følelse virke enda mere kunstig. Barn erfarer verden fysisk og konkret, ikke abstrakt og med evne til tolkning av stimuli. Derfor vil også sykdom, om det er psykiatri eller somatikk, påvirke hele barnet. Man har de seinere åra blitt mere oppmerksom på komorbiditet; én diagnose er ofte ikke nok for å kategorisere pasientenes komplekse tilstand. Et fenomen som smerte opptrer sjelden alene. I studiene som omhandler HT ved smertefulle prosedyrer måles heldigvis ikke bare smerte. Samtidig registreres også angst, stress og daglig funksjonsnivå. Derved illustreres godt samsykdom på tvers av psyke og soma, og det viser seg at HT virker mot både smerten, angsten, stressbelastningen og øker barnets funksjonsnivå.

I møte med en virkelighet som ikke respekterer legevitenskapens grenseganger tvinges klinikerer til å tenke bredt. Den biopsykososiale modellen er et verktøy som fasiliteterer en åpen og bred tankegang. Tankesett er viktig, men er det tilstrekkelig? Til tross for økende tendenser til fremragende, tverrfaglig tenkning f.eks innenfor moderne smertebehandling, mangler kanskje den enkelte lege et praktisk verktøy som ivaretar denne helheten.

Vi mener at HT kan være et verktøy og en ferdighet som gjør den enkelte lege i stand til å inkludere pasientens biologi, psykologi og liv i behandlingen. HT kan være en praktisk måte å transendere skillet mellom psyke og soma på. Samtidig vil vi påstå at den enkeltes leges hverdag blir mye morsommere når HT tas i bruk!

4.7 Hypnoterapiens potensiale

Så vidt vi kan se er HT en bivirkningsfri, billig og pasientvennlig behandling. Bruken av HT kan også overføre makt over egen situasjon til barnepasienten. Pasienten aktiveres og kan hjelpe seg selv ved å praktisere selvhypnose. Som vist kan HT bidra til å styrke samarbeidet mellom lege og pasient og øke pasientens ”compliance”. (Traklyali et al, 2008) Vi vil påstå at om hypnose kan styrke ”compliance” og generelt forsterke positiv sykdomsadferd er spektrumet av tilstander der HT *kan* anvendes enormt. Som f.eks ved astma som er en av de virkelige hyppige sykdommene blant barn. Sykdomsadferd og symptomfortolkning påvirker anfallenes hyppighet og forløp. HT kan være en intervensjon som kan ha en mer sentral plass i behandlingsopplegget og noe enhver allmennlege potensielt kan tilby i tillegg til medikamenter, og noe barnet kan behandle seg selv med. Anbars studier (se tabell 4) indikerer god effekt av HT på slike tilstander.

Smerter uten somatisk årsak utfordrer somatisk medisinsk tenkning. Vi ser for oss at mange såkalte ”vanskelige” pasienter med komplekse, funksjonelle, diffuse plager uten somatisk årsak kanskje gjennom hypnoterapi kan få et behandlingstilbud som kan fungere. Ikke nødvendigvis som eneste behandling, men HT bør kunne være et nyttig supplement. Studiet om HT for funksjonelle magesmerter støtter en slik hypotese og vi mener det er oppsiktsvekkende at HT viser så god effekt for en slik lidelse (Vlieger 2001).

Vi vil også fremheve Butler og kollegers funn i studiet om HT ved miksjonscysturografi (Butler et al., 2005). MCUG-intervensjonen ble ikke bare en mindre belastning for barna og enklere å utføre for legene. Tidsbesparelsen ved hjelp

av HT var signifikant. Er dette overførbart til liknende prosedyrer utvides det potensielle bruksområdet ytterligere.

Vi har også sett andre eksempler på at HT ikke kun retter seg mot de aktuelle enkeltsymptomene. Den daglige funksjonen til barna ble forsterket med hypnoterapi som behandling mot funksjonelle magesmerter (Vlieger et al, 2001). Dette er ikke bare en metodisk styrke ved det aktuelle studiet, men sier også noe positivt om hypnoterapiens potensielle omfang. Vi mener det er grunn til å undre seg hvorfor HT ikke anvendes mer.

4.8 Hvorfor brukes ikke HT mer i medisinen?

En årsak kan ligge i manglende forskning. Finansiering av slik forskning vil være en utfordring. Legemiddelfirmaene som i stor grad finansierer slike studier vil ikke ha noen direkte økonomisk interesse i å forske på hypnose. Man kan dermed ha grunn til å mistenke at manglende finansiering kan ha bremsset- og vil kunne bremse ytterligere forskning på hypnoterapi.

Skulle de positive resultatene replikeres ytterligere og hypnoterapi ansees som evidensbasert medisinsk behandling, er veien likevel lang før flere pasienter kan dra nytte av hypnoterapi. Flere faktorer spiller inn: Pasienten eller de pårørende må være klar over at HT kan være et behandlingsalternativ som kan brukes i forhold til deres plager. Videre må legene som skal henvise også ha denne samme kunnskapen, og fordommer og skepsis hos både pasienter og leger vil påvirke negativt. Det forutsettes også tilstrekkelig kompetanse hos et tilstrekkelig antall leger og psykologer for at hypnoterapi skal kunne innføres som behandling for flere tilstander.

Ved profesjonsstudiet i medisin ved UiO blir det ikke holdt forelesninger om hypnoterapi. Ingen av de anbefalte læreverkene vier mye oppmerksomhet til hypnose. Vi har derfor ingen grunn til å tro at de fremtidige legene går ut av medisinstudiet med mer korrekte oppfatninger om HT enn de vanligste fordommene vi presenterte innledningsvis. Vi mener at minst én forelesning om temaet bør introduseres i profesjonsstudiet i medisin.

Vår oppfatning er at Paragraf 364 i Straffeloven bør opprettholdes og håndheves for ivareta pasientenes sikkerhet, (jfr avsnitt 1.6 om klinisk anvendelse). En terapeut som ikke er psykologi- eller medisinstudert vil trolig ikke ha de nødvendige forutsetningene til å foreta medisinske og psykologiske vurderinger om hvorvidt pasientens lidelse egner seg for hypnoterapi eller om pasienten er grundig nok somatisk utredet før hypnoterapi initieres.

5 Konklusjon

Vi ser en økende interesse og tendens til helhetlig tenkning innenfor flere fag i medisinen. Behovet for slik tankemåte er ekstra viktig i møte med barn. HT kan være en metode som omsetter denne tenkningen til praktisk virkelighet og et nyttig verktøy for leger som arbeider med barn. Ikke bare er det en intervensjon som favner bredt og er effektiv mot en rekke tilstander, vi har også sett at den kan være tidsbesparende, kostnadseffektiv og bivirkningsfri. Vi har sett at evidensen for HT som smertelindring er god og vi mener på bakgrunn av dette at HT bør tilbys som en del av standardbehandling for barn med smerter. Vi mener det bør innføres minst en forelesning om hypnoterapi på grunnstudiet i medisin. Vi ser også et behov for både kontrollerte, randomiserte kvantitative forsøk og kvalitative studier som omhandler hypnoterapi for barn. Noe av det viktigste vil være at de som forsker på hypnoterapi i større grad enn til nå bør sette seg fore å replikere andres studier.

Kildeliste

Anbar RD. Self-Hypnosis for Managment of Chronic Dyspnea in Pediatric Patients. Pediatrics 2001; vol. 107 no.2

Anbar RD and Geisler SC. Identification of children who may benefit from self-hypnosis at a pediatric pulmonary center. BMC Pediarics 2005; 5:6

Anbar RD and Hall HR. Childhood habit cough treated with self-hypnosis. The Journal of Pediatrics 2004; February

Anbar RD and Hummell KE. Teamwork Approach to Clinical Hypnosis at a pediatric Pulmonary Center. American Journal of Clinical Hypnosis 2005 48: 1

Anbar RD and Slothower MP. Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. BMC Pediatrics 2006; 6: 23

Anbar RD and Zoughbi GG. Relationship of headache-associated stressors and hypnosis therapy outcome in children: a retrospective chart review. American Journal of Clinical Hypnosis 2008; 50:4

Nash MR and Barnier AJ 2008

The Oxford handbook of Hypnosis, 1st ed. New York: Oxford University Press

Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortlife LD and Spiegel, D. Hypnosis Reduces Distress and Duration of an Invasive Medical Procedure for Children. Pediatrics 2005; vol.115 No. 1

Calipel S, Lucas-Polomeni M-M, Wodey E and Ecoffey C. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. Pediatric Anesthesia 2005; 15, 275-281

Cohen HA, Barzilai A and Lahat E. Hypnotherapy: an effective treatment modality for trichotillomania. Acta Pædiatr 1999; 88, 407-410.

Chambless DL, Hollon SD. Defining Empirically Supported Therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology; February 1998 Vol. 66, No. 1, 7-18

Diseth TH, Vandvik IH. Hypnotherapy in the treatment of refractory nocturnal enuresis, Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:488-491

Huynh ME, Vandvik IH and Diseth TH
Hypnotherapy in Child Psychiatry: The State of the Art
Clinical Child Psychology and Psychiatry 2008; 13; 377-393

Gardner GG, Olness K. 1981
Hypnosis and Hypnotherapy with children. Grune & Stratton, New York, USA

Gold JI, Kant AJ, Belmont KA and Butler LD
Practitioner Review: Clinical applications of pediatric hypnosis
Journal of Child Psychology and Psychiatry 2007; 48:8, 744-754

Gravesen JJ (2004)
Hypnose og hypnoterapi. Forlaget Klim, Århus, Danmark

Kroger WS (2008)
Clinical & experimental Hypnosis, revised 2nd ed, J.B Lippincott Company, USA

Lioffi C, White P and Hatira P. Randomized Clinical Trial of Local Anesthetic Versus a Combination of Local Anesthetic With Self-Hypnosis in the Management of Pediatric Procedure-Related Pain. Health Psychology 2006; vol. 25, no. 3, 307-315

Lioffi C, Hatira P. Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2003; vol. 51, no. 1, 4-28

Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. The Journal for Emergency

Medicine 1999; vol. 17, no. 1, 53-56

Lynn SJ & Shindler K. The role of hypnotizability in treatment. American Journal of Clinical Hypnosis 2002; 44, 185-197

Macalister AS 2003

Empirisk fundament for smertelindring, hovedoppgave ved psyk institutt

Olness K & Kohen DP 1996

Hypnosis and hypnotherapy with children, 3rd ed. New York: Guilford Press

Smith; Utviklingspsykologi

Traklyali G, Saiynsu K, Muezzinoglu AE and Arun T. Conscious hypnosis as a method for patient motivation in cervical headgear wear- a pilot study. European Journal of Orthodontics 2008; 30, 147-152

Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SCS, Tromp E and Benninger MA
Hypnotherapy for Children With Functional Abdominal Pain or Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. Gastroenterology 2007; 133: 1430-1436

Zalsman G, Hermesh H and Sever J. Hypnotherapy in Adolescents with Trichotillomania: Three Cases. American Journal of Clinical Hypnosis 2001; 44:1, July

Zeltzer LK, Tsao JCI, Stelling C, Powers M, Levy S and Waterhouse M. A Phase 1 Study on the Feasibility and Acceptability of an Acupuncture/ Hypnosis Intervention for Chronic Pediatric Pain. Journal of Pain and Symptom Management 2002; vol. 24 no. 4 October

Tabell 1: Hypnoterapi, typisk hypnoterapeutisk framgangsmåte:

Trinn 1: Vurdering av barnpsyk. problemer, hypnotiserbarhet og motivasjon.

- Generell barnpsykiatrisk vurdering (Kartlegging av det aktuelle)
- Vurdering av hypnotiserbarhet og motivasjon
- Vurdering av favorittaktiviteter og problem/bekymring
- Subjektiv selv-scorings skala og oppfølging (dagbok)

Trinn 2: Informasjonsmøte om hypnoterapi

Trinn 3: Klinikker og barnet velger sammen induksjonsmetode.

- Visuelle forestillinger: favorittsted, favorittaktivitet, TV- fantasi.
- Lydbaserte forestillinger: favorittsang, lytte til musikk, spille instrument.
- Forestillinger om bevegelse: Flyvende teppe, sport eller aktiviteter på lekeplassen.
- Fortellerteknikker: Laget av terapeut, og – eller barn, eller fra bøker.
- Ideomotorteknikk: hendene beveges sammen, arm senkes.
- Progredierende avslappingsmetoder: følg med på pusting, teddybjørn (indirekte suggesjon)
- Øyefiksasjon: mynt-teknikk, fiksering av blick på et punkt på hånden. (f.eks ansikt tegnet på tommelfingerne)

Trinn 4: Suggesjoner gjøres når barnet er i hypnose.

- Omfattende begynnende suggesjoner for å stimulere fantasien; for å forsterke subjektets mottagelighet for de påfølgende suggesjonene.
- Direkte suggesjoner, for eksempel for pasienter med trikotillomani: den ene hånden som en hjelper til den andre hånda, for ikke å dra ut hår.
- Mer generelle suggesjoner: “trygt sted” for traumatiserte barn, “imaginær reise” hos terminalt syke ungdom, “område for indre mestring og bekvemmelighet/behag” hos barn med skolefobi.
- Posthypnotiske suggesjoner for å praktisere selvhypnose. F.eks “alt du vil huske, vil du med letthet klare å huske”,

Trinn 5: Opplæring i selvhypnose

(Oversatt etter Huynh et al. 2008)

En rekke faktorer i forhold til hvorfor barn responderer bedre enn voksne på hypnoterapi, er skissert i tabell 1 (Gardner, 1974).

Tabell 2: Hypnoterapi, Hvorfor barn responderer bedre enn voksne

Kognitive faktorer:

- Barn danner lett forbindelser mellom fantasi og virkelighet
- De fleste barn har et behov for fantasi og magi
- Barn fokuserer mer på det umiddelbare
- Barn er oppslukt i det de holder på med. Barn lærer med alle sanser på en gang.
- Barns konkrete måte å tenke på fasiliteter hypnotiske suggesjoner.

Emosjonelle faktorer:

- Barn har lett for å bevege seg fra én intens følelse til en annen med minimal assistanse.
- Barn er generelt åpne og nysgjerrige på nye opplevelser og er oppdagelseslystne med mindre de er engstelige for de aktuelle temaene.
- Under hypnose er barn som regel komfortable med den naturlige regresjonen som finner sted.

Interpersonelle faktorer:

- Barn har sjelden problemer med å gi fra seg kontroll og med å underkaste seg. Dette kompliserer ofte hypnose hos voksne.
- Barn har ikke den vanlige voksne misforståelsen om at hypnose forutsetter total overgivelse av kontroll og egen vilje osv.
- Barn søker kontroll over seg selv og autonomi overfor omgivelsene. De vil kunne fascineres om hypnose presenteres som en mulighet til å lære en ny ferdighet. Voksne vil oftere være bekymret for ikke å få det til.

(Oversatt etter Gardner, 1974)

Tabell 3: HT som smertelindring del 1

Forfatter	Publisert	Inklusjon	Design	Antall deltakere	Scoringsmetode	Tema/Resultat	Konklusjon
Kenneth V. Iserson	The Journal of Medicine, Vol. 17, No.1, pp 53-56 1999	Brudd i underarm	Case	4	Observasjon under inngrep Intervju postop.	Reduserer HT smerte under reposisjon av underarmsfraktur? 3 av de fire så til å våkne opp på det mest smertefulle punktet under inngrep, men gikk tilsynelatende umiddelbart tilbake i hypnotisk tilstand.	Enkel, non-invasiv avslappings-teknikk som lett kan brukes i akuttmedisin.
Christina Liossi, Popi Hatira, Paul White	Health Psychology 2006 Vol. 25, No 3, 307 – 315	Spinal-punksjon	RCT	45, randomisert i tre: a) lokal- anestesi (LA) b) LA + attention c) LA + hypnose	Subjektiv rapportering (Facial Pain Scale) Strukturert observasjon under inngrep	Reduserer HT angst og smerte før og under lumbalpunksjon? Både subj og obj størst smerte-, stress og angstreduksjon hos gruppen med HT + lok. anest.	Skaffer til veie slående eksperimentell evidens for den sterke analgetiske effekten av kombinasjons-behandling bestående av HT + lokalanestesi.

Tabell 3: HT som smertelindring, del 2

Forfatter	Publisert	Inklusjon	Design	Antall deltakere	Scoringsmetode	Tema/Resultat	Konklusjon
Anine M Vlieger, Carla Menke-Frankenhuys, Simone C.S. Wolfkam, Ellen Tromp, Marc A. Benninger	Gastroenterology 2001; 133: 1430 - 1436	IBS eller FAP	RCT	54, randomisert i to: a) HT b) SMB	Subjektiv rapportering ved baseline, under behandling og 6- og 12 måneder etter behandling.	Reduserer HT magesmertenes frekvens og intensitet ved Intestinal Bowel Syndrome og Functional Abdominal Pain? HT: 16/27 remisjon SMT: 3/25 remisjon 1 års kontroll: HT: 22/27 i remisjon SMT: 6/24	Anbefaler HT som beh. for FAP og IBS
Lonnie K. Zeltzer, Jennie C.I. Tsao, Carla Stelling, Samantha Levy, Michael Waterhaus	Journal of Pain and Symptom Management Vol. 24, No.4 October 2004	Kronisk pediatrisk smerte	Fase I - forstudie	31	Subjektiv scoring av foreldre og av barn	Lindrer kombinasjon av HT og akupunktur kronisk smerte? Både foreldre og barn rapporterer bedring av smerte og funksjonsnivå.	Behov for videre studier med kontrollgruppe. Resultatene indikerer at kombinasjon av HT + akupunktur er effektiv i lindring av kronisk smerte hos barn.

Tabel 3: HT som smertelindring del 3

Forfatter	Publisert	Inklusion	Design	Antall deltakere	Scoring- metode	Tema/Resultat	Konklusjon
Christina Liossi, Popi Hatira	The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis Vol. 51, No1 2003	Barn med leukemi eller non-Hodgkins lymfom og som regelmessig gjennomgår lumbal-punksjon	RCT	80 a) direkte HT + SMB b) indirekte HT + SMB c) oppmerksomhet + SMB d) SMB	1) subj. rapportering 2) observasjon	Reduserer HT angst og stress ved lumbalpunksjon? HT-gruppa viser smertereduksjon, kontrollgruppene viser ingen slik signifikant effekt. Graden av hypnotiserbarhet signifikant assosiert med behandlingseffekt i HT-gruppene.	HT lindrer smerte og reduserer angst og stress ved lumbalpunksjon, terapeutens tilstedeværelse spiller stor rolle.
Lisa D. Butler -Barbara K. Symons -Shelly L Henderson, Linda D. Shortliffe, David Spiegel	Pediatrics Vol. 115 No.1 January 2005	Gått gjennom minst en miksjonscyst uretrografi (MCUG) og opplevd prosedyren som en belastning.	RCT	44 a) sHT b) SMB	Pasient, foreldre og forsknings-assistent scorer smerte, gråt, stress og frykt ved 6 tidspunkter pre, peri-, og postoperativt.	Reduserer HT smerte, stress og frykt før og under MCUG? Forkorter HT tidsbruk ved MCUG? Barn og foreldre: lavere angst og smertenivå pre- og peroperativt hos HT-gruppe Forskingsassistent: rapporterer lavere stressnivå hos HT-gruppe Medisinsk personell: MCUG Enklere å gjennomføre.	Hypnose gjør (MCUG) til en mindre påkjenning for barn, foreldre, og medisinsk stab.
					Tidsforbruk målt	Tidsforbruk: redusert med 14 minutter hos HT-gruppe.	Samsvar mellom subjektive og objektive mål.

Tabell 4: HT ved psykosomatiske tilstander, del 1

Forfatter	Publisert	Inklusjon	Design	Antall deltakere	Manualisering/ Scoring-metode	Tema/Resultat	Konklusjon
Ran D. Anbar	PEDIATRIC S Vol.107 No.2 Februar 2001	Dyspné	Retrospektiv journal-gjennomgang	17	Ikke manualisert	Reduserer HT kronisk dyspné hos barn?	Gode resultater med HT på barn med kronisk dyspné.
					Ikke oppgitt	13/16 ble friske av sin dyspné en måned etter siste HT.	Bør utføres kontrollerte, prospektive studier med objektive mål.
Ran D. Anbar, Howard R. Hall	The Journal of Pediatrics February 2004	Habit cough, interesserte pasienter.	Retrospektiv journal-gjennomgang	56	Ikke manualisert Subjektiv ustandardisert muntlig rapportering	Reduserer sHT habit cough? 90% ble kvitt hosten i løpet av en måned.	sHT er god behandling på habit hoste, kontrollerte, prospektive studier bør utføres.
Ran D Anbar, George G Zoughbi	American Journal of Clinical Hypnosis 50:4 April 2008	Barn med hodepine	Retrospektiv journal-gjennomgang	30	Ikke manualisert Subjektiv rapportering	Gir sHT bedring av hodepine? - 17/30 hadde færre hodepiner pr. uke etter intervensjon. - 20/30 rapportert fall i intensitet.	Barn med både fikserte og variable stressorer relatert til hodepine viser signifikant reduksjon i hodepinefrevens og intensitet ved sHT.

Tabell 4: HT ved psykosomatiske tilstander, del 2

Forfatter	Publisert	Inklusjon	Design	Antall deltakere	Manualisering/ Scoring-metode	Tema/Resultat	Konklusjon
Ran D. Anbar, Susan C. Geisler	BMC Pediatrics 2005, 5:6 Doi:10.1186/1471-2431-5-6	Pas. v <u>ped.lunge-senter</u> med tilstander som: hoste, <u>bryst-smerter</u> , <u>dyspne</u> , <u>inspirasjons-vansker</u> , angst, hodepine, <u>insomni</u> .	Retrospektiv <u>journal-gjennomgang</u>	Aksept HT tilbud: 116 mottok HT: 81 follow-up: 60	Ikke <u>manualisert</u>	Er <u>sHT</u> effektiv behandling i forhold til de nevnte tilstander. Bedring eller helbreding hos 57 av 60 som brukte <u>sHT</u> .	Et høyt antall av pasienter ved et <u>Pediatrisk</u> <u>lungemedisinsk</u> senter virker å ha nytte av instruksjon og opplæring i <u>sHT</u> .
Ran D. Anbar, Kim E. Hummel	American Journal of Clinical Hypnosis 48:1 july 2005	Pas v/ <u>ped.lunge-senter</u> med tilstander som: angst, astma, <u>bryst-smerter</u> , <u>dyspne</u> , <u>habit cough</u> , hyper-ventilering, <u>sukking</u> , <u>stemmebånd-dysfunksjon</u> .	Retrospektiv <u>journal-gjennomgang</u>	72	Ikke <u>manualisert</u>	Er <u>sHT</u> effektiv i forhold til tilstandene nevnt under inklusjon: 82% bedring eller <u>helbreding</u> av de som brukte <u>sHT</u> .	Flere av pasientene ved et <u>Pediatrisk</u> <u>lungesenter</u> har god effekt ved bruk av <u>sHT</u> .
Ran D. Anbar, Molly P. Slotower	BMC Pediatrics 2006, 6:23 Doi: 10.1186/1471-2431-6-23	Pasienter som rapporterer om <u>innsovning-vansker</u> , henvist til SUNY.	Retro- <u>spektiv studie</u>	84	Ikke <u>manualisert</u> Subjektiv rapportering	Er <u>sHT</u> en effektiv behandlingsmetode for <u>insomni</u> ? - 90% av pasientene opplevde reduksjon av <u>innsovningstid</u> . - 21 pasienter opplevde <u>initielt</u> <u>oppvåkings-problemer</u> . 90 % av disse opplevde bedring eller resolusjon.	Studiet viser at HT virker som en effektiv behandlingsmetode for <u>insomni</u> helt ned i syv års alder.

Tabell nr 5: Hypnoterapi ved psykiatriske lidelser

Forfatter	Publisert	Inklusjon	Design	Antall deltakere	Manualisering/Scoring	Tema/Resultat	Konklusjon
H.A. Cohen A. Barzilal E. Lahat	Acta Paediatr 88 407-10 1999	Trikotillomani	Case	3	Manualisert	Reduserer HT hårrutteking? Trikotillomaniens helbredet hos 3/3 pasienter	HT kan vær primærbeih hos barn med trikotillomani som eneste lidelse.
Severine Calipel Marie- Madeleine Lucas- Polomeni Eric Wodey Claude Ecoffey	2005 Blackwell Publishing Ltd, Pediatric Anesthesia, 15, 275 - 281	Pasienter med forestående lavere abdominal kirurgi med fysisk status ASA I eller II.	RCT	50 a) HT: glass med placebo ½ t før op. + hypnose b) SMB: midazolam medikasjon ½ før op.)	Ikke manualisert Strukturert observasjon av angstaderf mlt ved T1: ankomst sykehus, T2: ankomst op.sal, T3: På med maske Pasienter/foreldre fylt ut adferdsskiema 1, 7 og 14 dag postop.	Har HT like god effekt som premedikasjon som midazolam? T1: samme angstnivå i de to gruppene T2: lavere angstnivå i HT - gruppe T3: lavere angstnivå i HT - gruppe Red. Angstaderf dag 1, 7 og 14 i HT - gruppe	HT er effektiv premedikasjon for barn.
Goksu Travayil, Korkmaz Sayinsu, Ali Erret Muezzinoglu, Tulin Arun	European Journal of Orthodontics 30 (2008) 147-152	Skeletal Class II division 1 malocclusion	RCT	30 a) HT b) motivations- samtale	Ikke manualisert Månedlige kontroller i 6 måneder. Objektivt: Ustvret registrerer tidsbruk. Subjektivt: Pasientene fører egen oversikt over bruken av ustvret (instruert til å bruke ustvret 16 timer pr. dag)	Undersøker effekt av hypnose på pasientsamarbeid og nøvaktigheten av subjektiv rapportering. Kontroll.gr: Signifikant reduksjon (P< 0.05) i bruk av ustvret over 6 mnd. HT -gr: Ingen signifikant reduksjon i bruk av ustvret over 6 mnd. HT -gruppa: brukte ustvret mere og feilrapporterte mindre.	Studiet indikerer at HT er en effektiv metode for å forbedre ortodontisk pas.samarbeid. Studie med større grupper bør utføres.
Gil Zalsman, Hagai Hermesh, Jonathon Sever	American Journal of Clinical Hypnosis 44:1, July 2001	Pasienter med trikotillomani	Case	3	Ikke manualisert Subj.rapportering Subj. rapportert funksjonsnivå. Observert hårvkst	Virker HT som behandling for trikotillomani? Trikotillomaniens kureres hos alle tre.	Trikotillomaniens kureres hos alle tre pasienter etter 1 - 2 sesjoner.